Deutscher Bundestag
13. Wahlperiode

Drucksache 13/1508

29. 05. 95

Antwort
der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Manuel Kiper, Monika Knoche, Marina Steindor und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN — Drucksache 13/1264 —

Gesunde Ernährung in deutschen Krankenhäusern

Patienten, die sich in stationäre Behandlung begeben müssen, haben ein hohes Risiko, ungesund ernährt zu werden. Das ist das Ergebnis der „Niedersachsenstudie Krankenhauskost", die jetzt von der Niedersächsischen Akademie für Ernährungsmedizin, einer Einrichtung der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin, der Öffentlichkeit vorgestellt worden ist. Nach Angaben des Akademie-Vorsitzenden, Professor Schauder aus Göttingen, bestätigt diese bisher umfangreichste Untersuchung ihrer Art die Vermutung, wonach die Tagesessenspläne der Krankenhausküchen sich vielfach nicht nach den Ernährungsempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) richten. Die Studie, an der sich 180 von 322 niedersächsischen Krankenhäusern (56 Prozent) beteiligt haben, zeigt, daß Klinikkost zuviel Fett, gesättigte Fettsäuren und Eiweiße enthält. Ferner besteht als Folge eines zu geringen Angebots an Obst, Gemüse und Salaten ein erhebliches Kohlenhydratdefizit. Bemängelt wird ebenso ein zu niedriges Ballaststoffangebot.

Diese Erkenntnisse bestätigen für den Krankenhausbereich eine allgemeine Erkenntnis des Bundesministeriums für Gesundheit: „Die Balance zwischen präventivem und kurativem Aufwand ist in der Bundesrepublik Deutschland nicht stimmig." Dabei könnten gerade Krankenhäuser durch das Angebot einer gesunden Kost zur Förderung des Präventivgedankens beitragen. Das Nebeneinander von „High-tech-Medizin" und niedrigem ernährungsmedizinischem Standard zeigt, wie weit unser Gesundheitssystem noch von einer gleichrangigen Verfolgung therapeutischer und präventiver Maßnahmen entfernt ist.

1. Welche Reaktionen der Bundesregierung und ihr unterstehender Behörden auf die genannte Studie gibt es bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt?

Die von der Bundesregierung institutionell geförderte Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.

— hält, wie seit Jahren, weiterhin folgende Empfehlungen für die Ernährung im Krankenhaus bereit:

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 24. Mai 1995 übermittelt.

Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

○ Nährstoffempfehlungen für Krankenhäuser (Stand Juli 1994): Dies ist die empfohlene Zufuhr an Nährstoffen und Energie dargestellt in einer tabellarischen Übersicht;

○ Empfehlungen für die Vollkost und die leichte Vollkost im Krankenhaus: Dies geschieht auf der Basis des Rationalisierungsschemas der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM). Die neueste Überarbeitung des Rationalisierungsschemas erfolgte 1994;

○ Krankenhausleitsätze der DGE und Leitsätze für die Krankenhausernährung: Hierbei handelt es sich um eine Darstellung der Diäten, der Richtlinien für den Energie- und Nährstoffgehalt sowie um Hinweise zum Einsatz von vorgefertigten Lebensmitteln;

– führt, wie seit Jahren, weiterhin folgende Veranstaltungen durch:

○ Fortbildungslehrgänge der DGE: Die Lehrgänge richten sich an alle in der Gemeinschaftsverpflegung tätigen Personen (Diätassistentinnen, Oecotrophologinnen und diätetisch geschulte Köchinnen und Köche. Sie werden durchgeführt von den Referaten Gemeinschaftsverpflegung und Fortbildung mit dem Institut für Ernährungsberatung und Diätetik an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf;

○ Großküchenberatungen: Es werden neutrale, auf spezielle Probleme eingehende Beratungen durchgeführt. Untersucht werden die Warenbeschaffung, Speiseplangestaltung, Nährwertberechnungen, Speisenausgabe und -verteilung, Ablauforganisation, Personaleinsatz, Küchenhygiene sowie Planungs- und Einrichtungsfragen.

2. Lassen sich aus Sicht der Bundesregierung die Resultate der für Niedersachsen repräsentativen Studie auf das gesamte Bundesgebiet übertragen?

3. Wenn nein, warum nicht?

Inwieweit die Ergebnisse der für Niedersachsen repräsentativen Studie auf andere Regionen übertragbar sind, ist nicht bekannt.

4. Lassen sich aus Sicht der Bundesregierung die Resultate der für Krankenhäuser repräsentativen Studie auf andere soziale Einrichtungen wie Kindertagesstätten und Alten- und Pflegeheime übertragen?

5. Wenn nein, warum nicht?

Vermutlich nein, da beispielsweise eine Untersuchung des Speisenangebotes von 20 Alten- und Pflegeheimen in Hessen günstigere Nährstoffrelationen ergab (Muskat et al, Gießen 1994).

6. Sind nach Kenntnis der Bundesregierung zu anderen sozialen Einrichtungen vergleichbare Studien in Arbeit oder in Planung?

Nicht bekannt.

7. Ist die Bundesregierung an der Folgestudie der Akademie für Ernährungsmedizin beteiligt, die unter Einbeziehung internationaler und interdisziplinärer Erkenntnisse und unter Berücksichtigung ökonomischer, ökologischer und struktureller Aspekte ermitteln soll, wie eine gesündere Ernährung in Krankenhäusern durchzusetzen ist?

8. Wenn nein, warum nicht?

Nein, da ein Beteiligungsantrag nicht gestellt wurde.

9. Wird die Bundesregierung eigene Folgestudien in Auftrag geben?

10. Wenn nein, warum nicht?

11. Wenn ja, mit welcher genauen Zielsetzung?

Zur Zeit sind Folgestudien nicht geplant.

12. Welche Erkenntnisse über den Anteil von Vitaminen, Spurenelementen, Elektrolyten und raffiniertem Zucker an der Krankenhauskost sowie über den Kaloriengehalt des Essens liegen der Bundesregierung vor?

Es sind keine über die oben genannte Studie hinausgehenden Kenntnisse vorhanden.

13. Welche Schlußfolgerungen zieht die Bundesregierung aus diesen Erkenntnissen für die Qualität der Ernährung in deutschen Krankenhäusern?

Bei einer für Niedersachsen repräsentativen Krankenhauskost ist eine Verbesserung der ernährungsphysiologischen Qualität entsprechend den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung erforderlich.

14. Wie groß ist der Anteil ernährungsbedingter Krankheiten an den Kosten des Gesundheitswesens (in absoluten und relativen Zahlen)?

Eine im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit durchgeführte Studie über die direkten (z. B. ärztliche Behandlung, Arzneimittel, stationäre Behandlung) und indirekten (z. B. Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, verlorene Lebensjahre) Kosten ernährungsmitbedingter Erkrankungen gibt für das Jahr 1990 für die alten Bundesländer eine Summe von 83,5 Mrd. DM an; entsprechend ca. 30 % aller Kosten im Gesundheitswesen. Gemeinsam

mit den neuen Bundesländern, für die aufgrund fehlender vergleichbarer Daten eine Schätzung vorgenommen werden mußte, würde sich nach dieser Studie ein Gesamtbetrag von 107,3 Mrd. DM errechnen.

Es muß jedoch darauf hingewiesen werden, daß die Höhe der errechneten Kosten jeweils stark von dem gewählten methodischen Ansatz abhängt und sich die Kosten aus methodischen Gründen immer auf die Summe aller durch die betreffenden Krankheiten verursachten Kosten beziehen. Die Abhängigkeit von der Ernährung ist bei den verschiedenen Krankheiten dabei jeweils verschieden stark.

15. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, daß durch eine gesündere Ernährung in Krankenhäusern direkt oder indirekt (z. B. durch die Vorbildfunktion der Krankenhäuser oder die besondere Sensibilität Kranker für Ernährungsfragen) die Kosten des Gesundheitswesens gesenkt werden könnten?

Bei Einhalten der dann vom Krankenhaus empfohlenen Ernährungsweise nach der Entlassung vermutlich ja.

16. Gibt es rechtliche Gründe für die Krankenhäuser, die sie zu einer gesünderen Ernährung der Patienten zwingen könnten?

Die Verpflegung im Krankenhaus zählt zu den allgemeinen Krankenhausleistungen. Das Krankenhaus ist insoweit gemäß § 2 Abs. 2 der Bundespflegesatzverordnung verpflichtet, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendige Leistung zu erbringen. Darunter fällt auch die Bereitstellung einer ausreichenden und ausgewogenen Verpflegung, insbesondere auch eine im Einzelfall gebotene besondere Diät.

Durch § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V wird klargestellt, daß die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung des Versicherten im Krankenhaus notwendige Verpflegung zur Krankenhausbehandlung zählt. Die Qualität der Leistung muß gemäß § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen.

17. Ergibt sich ein solcher Zwang aus der Pflicht der Krankenhäuser zu internen wie externen Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 112 Abs. 5 SGB V in Verbindung mit § 137 SGB V?

Der Aspekt der Verpflegung im Krankenhaus stand bisher nicht im Vordergrund der Überlegungen zur Qualitätssicherung, wird jedoch von den gesetzlichen Regelungen in den §§ 112, 137 SGB V erfaßt.

18. Welche Handhabe hat die Bundesregierung, auf eine gesündere Ernährung in Krankenhäusern hinzuwirken?

Keine.

19. Welche Empfehlungen für eine gesündere Ernährung in Krankenhäusern hat die Bundesregierung darüber hinaus ausgesprochen bzw. will sie aussprechen?

Die Empfehlungen der DGE entsprechen dem gegenwärtigen Stand der Wissenschaft.

20. Welche Alternativen zur bisherigen Krankenhausernährung sind bisher national und international entwickelt worden?

Zur Ernährung im Krankenhaus stehen Empfehlungen für Vollkost, leichte Vollkost und Diäten zur Verfügung.

21. Wie bewertet die Bundesregierung diese Vorschläge?

Diese Empfehlungen sind für eine bedarfsentsprechende Krankenkost geeignet.

22. Welche eigenen Programme hält die Bundesregierung (z. B. Gesundheit 2000) für geeignet, eine gesündere Ernährung in Krankenhäusern zu fördern?

23. Sind in dieser Richtung neue Programme der Bundesregierung geplant?

24. Wenn nein, warum nicht?

Die Empfehlungen der DGE werden in Zusammenarbeit mit den Fachgesellschaften ständig dem jeweiligen wissenschaftlichen Erkenntnisstand angepaßt.

25. Wie will die Bundesregierung die von der Akademie kritisierte ernährungsmedizinische Ausbildung insbesondere im Medizinstudium verbessern?

Die Bundesregierung kann nur über die Prüfungsstoffkataloge für die schriftlichen Prüfungen, die Beschreibung der Gegenstände der mündlichen Prüfungen, die Festlegung von Pflichtunterrichtsveranstaltungen sowie die Ausbildungszieldefinition auf die Ausbildungsinhalte des Medizinstudiums Einfluß nehmen.

Im Rahmen der Diskussionen zur Reform des Medizinstudiums wird zur Zeit auch die Frage der Verankerung der Ernährungsmedizin in der Approbationsordnung für Ärzte geprüft. Die Universitäten haben aber die Möglichkeit, bereits jetzt Ausbildungsinhalte

der Ernährungsmedizin im Rahmen der dafür in Frage kommenden Fachgebiete zu vermitteln. Dies wird derzeit an einigen medizinischen Fakultäten, meist im Rahmen freiwilliger Veranstaltungen praktiziert.

26. Was tut die Bundesregierung, um die ernährungsmedizinische Weiterbildung zu unterstützen?

Seitens der Bundesärztekammer und der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin gibt es vielfältige Initiativen, bei den medizinischen Fakultäten auf eine verstärkte Berücksichtigung der Ernährungsmedizin hinzuwirken. Darüber hinaus obliegt es den Ländern, durch die Schaffung entsprechender Lehrstühle und Institute weitere Voraussetzungen für eine Etablierung der Ernährungsmedizin in Forschung und Lehre zu schaffen.

Auch im Bereich der ärztlichen Weiterbildung, für den nicht der Bund, sondern die Bundesländer zuständig sind, gibt es Bestrebungen zur verstärkten Berücksichtigung der Ernährungsmedizin. So ist die Ernährungsmedizin in der neuen Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer in den einschlägigen Gebieten deutlich stärker als bisher berücksichtigt worden.

27. Hält die Bundesregierung es für sinnvoll, die Frage der Ernährung in den Krankenhäusern zum Kriterium für die Vergabe des geplanten Gütesiegels durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft zu machen?

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung, mit Ausnahme des AOK-Bundesverbandes, haben in einer Presseerklärung vom 20. April 1995 darüber informiert, daß in Kürze eine gemeinsame Bundesempfehlung nach § 112 Abs. 5 SGB V verabschiedet werde, die vorsieht, daß Krankenhäuser auf freiwilliger Basis jährlich Qualitätssicherungsberichte erstellen. Auf dieser Grundlage soll ein Zertifizierungsverfahren für Krankenhäuser entwickelt werden. Das dem Konzept zugrundeliegende Thesenpapier nennt die Verpflegung im Krankenhaus ausdrücklich als Gegenstand der Qualitätssicherung im Krankenhaus; dies steht im Einklang mit den gesetzlichen Vorschriften und wird von der Bundesregierung begrüßt.

28. Ist ein solches Kriterium geplant?

29. Wenn nein, warum nicht?

Siehe Antwort zu Frage 25.

30. § 39 Abs. 4 SGB V schreibt bei Krankenhausbehandlung eine Zuzahlung der Versicherten von 11 DM je Kalendertag an das Krankenhaus vor. Diese Zuzahlung wurde mit dem Schlagwort „Hotel- und Verpflegungskosten" begründet. Hält die Bundesregierung es für gerechtfertigt, für ungesunde Ernährung Zuzahlungen von kranken Menschen zu verlangen?

Durch § 39 Abs. 4 SGB V i. d. F. des Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21. Dezember 1992 wurde die Zuzahlung für vollstationäre Krankenhausaufenthalte ab 1994 auf 12 DM (neue Bundesländer 9 DM) erhöht. Auf die Zuzahlung kann aus finanziellen Gründen nicht verzichtet werden. Die Bundesregierung hält es weiterhin für gerechtfertigt, zum Ausgleich häuslicher Ersparnisse Zuzahlungen bei einem vollstationären Krankenhausaufenthalt zu erheben. Es handelt sich dabei nicht – wie Sie in Ihrer Frage offenbar unterstellen – allein um eine Zuzahlung zu der Verpflegung im Krankenhaus.



Druck: Thenée Druck, 53113 Bonn, Telefon 91781-0
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 13 20, 53003 Bonn, Telefon (02 28) 3 82 08 40, Telefax (02 28) 3 82 08 44
ISSN 0722-8333